

# Hypnotherapeutische Praxis Stefan Fiebig

Liebe Patientin, Lieber Patient,

Dear Patient,

ich freue mich, dass Sie zu mir in die Praxis gekommen sind.

I am pleased that you have come to my practice.

Bitte füllen Sie die nachfolgende Tabelle aus.

Please fill out the following table.

Es handelt sich hierbei um notwendige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer medizinischen Vorgeschichte. Natürlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt und nur zur Abwicklung Ihrer Termine und Ihrer Behandlung verwendet.

These are necessary informations about your contact details and your medical history. Of course, all informations are treated strictly confidential and will be used only to process your appointments and your treatment.

Vielen Dank!

Many Thanks!



## Angaben zu Ihrer Person / Personal Details

Vor- und Zuname / Full Name

Geburtsdatum / Date of Birth

Anschrift / Address

Telefon / Phone Number

Handy / Mobile

Email

Seite 1 von 7 / Page 1 of 7

### Praxis Stefan Fiebig

Eckstr. 1a  
66894 Langwieden

Heilpraktiker für  
Psychotherapie nach HPG

### Praxisräume / Practice Rooms

Schulstr. 4  
67655 Kaiserslautern

Tel. 0176/72412015  
kontakt@hypnotherapie-institut.com  
contact@hypnotherapie-institute.de

### Bankverbindung / Bank Details

Stefan Fiebig  
IBAN: DE95540700240024329500  
BIC: DEUTDEDB540

Deutsche Bank  
Paypal@hypnotherapie-institute.de  
Paypal@hypnotherapie-institut.com



## Medizinische Vorgeschichte / Infos about your medical history

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Ja / Yes

Nein / No

**Do you take medication regularly?**

Falls ja, welche Medikamente? / If so, which medicaments?

**Haben Sie eine chronische Krankheit?**

Ja / Yes

Nein / No

**Do you have a chronic illness?**

Falls ja, welche? / If so, which illness?

**Sie haben die Möglichkeit eine der folgenden Tarifoptionen zu wählen.**

**You can select one of the following tariff options.**

Kaiserslautern, Schulstr.4		Langwieden, Eckstr. 1a		
Ca. 10 Min. zu Fuß vom Bahnhof		(ca. 5 min. vom Kreuz Landstuhl) Parken: Kostenlos und bequem direkt vor der Tür!		
Circa. 10 min. by foot from the central station.		(approx. 5 min. from the Landstuhl junction) Parking: Free and convenient directly in front of the door!		
Mittwochs / Wednesdays		Mo, Di, Fr / Mon, Tue, Fri		
Sitzungen Sessions	Einzelpreis Single	Gesamtpreis Total	Einzelpreis Single	Gesamtpreis Total
1	199,-		149,-	
3	159,-	477,-	129,-	387,-
5	139,-	695,-	119,-	595,-
10	119,-	1190,- *	99,-	990,- *
15	109,-	1635,- *	95,-	1425,- *
20	99,-	1980,- *	89,-	1780,- *

Die Länge einer Sitzung ist üblicherweise 60- 90 Minuten. (Max. 2 Std.)

The length of a session is about 60-90 minutes. (Max. 2 hours)

Ausführliches Vorgespräch ca 45-60 Min. / Extensive Initial Consultation aprox. 45-60 min. 79,- Euro

\* 1 x Kostenlos kurzfristig absagen inklusive / 1 x Free cancel on short-notice included

Hinweis: 20 Sitzungen entsprechen einem regelmäßigen Coaching mit (je nach Bedarf) wöchentlichen Sitzungen über ein halbes Jahr, zweiwöchentlichen Sitzungen über ein Jahr monatlichen Sitzungen über zwei Jahre oder sechswöchentlichen Sitzungen über drei Jahre.

Note: 20 sessions equals regular coaching with (as needed) weekly sessions for six months, bi-weekly sessions for one year monthly sessions for two years, or six-weekly sessions for three years.

Seite 2 von 7 / Page 2 of 7

### Praxis Stefan Fiebig - Bankverbindung / Bank Details / Paypal

Stefan Fiebig - IBAN: DE95540700240024329500 - BIC: DEUTDEDB540 - Deutsche Bank

Paypal@hypnotherapy-institute.de oder / or Paypal@hypnotherapie-institut.com

Zwischen der obenstehenden Patientin / dem obenstehenden Patient  
(nachfolgend Patient genannt) und der Praxis Stefan Fiebig (nachfolgend Praxis genannt)  
wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

The following treatment contract is concluded  
between the patient mentioned above (hereafter referred to as patient)  
and the practice Stefan Fiebig (hereafter referred to as practice):

### **§ 1 Vertragsgegenstand**

Vertragsgegenstand ist die psychotherapeutische Behandlung des Patienten in Form einer Einzel- und/oder Gruppentherapie, Hypnotherapie, Coaching und / oder andere naturheilkundliche Heilverfahren im Bereich Psychotherapie.

### **§ 1 Subject of the contract**

Subject of the contract is the psychotherapeutic treatment of the patient in the form of a single and / or group therapy, hypnotherapy, coaching and / or other naturopathic healing methods in the field of psychotherapy.

### **§ 2 Honorar, Behandlungsdauer, Kostenerstattung durch Leistungsträger**

#### **2.1 Honorar und Tarifwahl**

Der Patient zahlt das anfallende Honorar gemäß des gewählten Tarifs an die Praxis. Das unverbindliche Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) kommt nicht zur Anwendung.

### **§ 2 Fee, Duration of treatment, Reimbursement by service providers**

#### **2.1 Fee and tariff choice**

The patient pays the resulting fee according to his chosen tariff to the practice. The non-binding fee schedule for health practitioners (GebüH) does not come for use.

Im Anschluss an die gewählte Tariffdauer können weitere Sitzungen durch mündliche Vereinbarung oder per Email gewählt werden, ohne dass ein neuer Behandlungsvertrag unterschrieben werden muss, bzw. der vorliegende Vertrag seine Gültigkeit verliert. Der Patient erhält eine Rechnung über seine Tarifwahl.

Following the chosen tariff period, further sessions may be chosen by oral agreement or by email without the need for signing a new treatment contract or influence on the validity of the present contract. The patient receives an invoice for his tariff choice.

Der Betrag ist zahlbar im gesamten per Überweisung oder Paypal vorab oder in bar vor Beginn der Sitzungen.

The amount is payable in full by bank transfer or paypal in advance or in cash before the start of the sessions.

Die Länge einer Sitzung ist üblicherweise 60- 90 Minuten. Eine Maximalzeit von 2 Stunden ist im Bedarfsfall möglich, welche ohne weiteren Aufpreis enthalten ist. Eine darüber hinaus gehende Dauer einer Sitzung wird mit 45,- € je angefangener halber Stunde berechnet. Eine Rückerstattung im Rahmen eines Kompaktpreises über mehrere Sitzungen kann bei Therapieabbruch nicht erfolgen. Sitzungen verfallen nach einem Jahr Behandlungspause.

Seite 3 von 7 / Page 3 of 7

**Praxis Stefan Fiebig - Bankverbindung / Bank Details / Paypal**

Stefan Fiebig - IBAN: DE95540700240024329500 - BIC: DEUTDEDB540 - Deutsche Bank

Paypal@hypnotherapy-institute.de oder / or Paypal@hypnotherapie-institut.com

The length of a session is about 60-90 minutes. A maximum of 2 hours is possible if required, which is included at no additional charge. The additional part of an ongoing session of more than two hours is charged at 45,- per half hour begun. A reimbursement within the framework of a compact price over several sessions can not be given if the therapy is discontinued. Sessions expire after one year of pause of treatment.

### **2.2 Ausfallhonorar**

Versäumt der Patient einen fest vereinbarten Behandlungstermin, schuldet er der Praxis ein Ausfallhonorar in Höhe des für das Zeitfenster dieses Termins vereinbarten Honorars. Dies gilt nicht, wenn der Patient spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin absagt oder 2 Stunden vor dem Termin, einmalig bei Buchung von 5 Sitzungen. Der Ausfallbetrag ist sofort ohne Frist zahlbar, falls die Sitzung nicht bereits vorab bezahlt war.

### **2.2 Cancellation Fee**

If the patient misses a fixed appointment for treatment, he owes the practice a default fee equal to the fee agreed for the time window of this appointment. This does not apply if the patient cancels at the latest 48 hours before the agreed date or 2 hours before the appointment, once within a 5 session package.

The default amount is payable immediately without notice if the meeting has not already been paid in advance.

### **2.2 Sitzungspakete**

Die Buchung mehrerer Sitzungen mit Vorauszahlung ist auf Grund der Behandlungskontinuität und des geringeren organisatorischen Aufwands günstiger. Sitzungspakete können nicht storniert oder zurückgezahlt werden. Im Falle eines aus anderweitigen Gründen nötigen Therapieabbruchs werden die stattgefundenen Sitzungen in die Preise von Einzelsitzungen umgerechnet.

### **2.2 Session Packages**

Booking multiple sessions with advance payment is more favorable due to treatment continuity and less organizational effort. Session packages cannot be cancelled or refunded. In case of a therapy discontinuation necessary for other reasons, the sessions that have taken place will be converted into the prices of individual sessions.

### **2.4 Hinweis zur Kostenerstattung**

Der Patient wird hiermit darüber informiert, dass die Kosten für eine Psychotherapie im Rahmen des Heilpraktikergesetzes von den gesetzlichen Krankenkassen und Beihilfestellen üblicherweise nicht übernommen werden. Ausnahmen können je nach Therapie und Zusatzversicherungen bestehen. Das Erstattungsverfahren hat der Patient gegenüber seiner Versicherung eigenverantwortlich durchzuführen. Eine teilweise oder komplett abgelehnte Erstattung hat keinen Einfluss auf die Höhe des geschuldeten vereinbarten Honorars.

### **2.4 Note on reimbursement**

The patient is hereby informed that the costs for a psychotherapy under the Health Practitioner Act (Heilpraktikergesetz) are usually not covered by health insurances. Exceptions may exist depending on the therapy and supplementary insurance. The reimbursement procedure has to be carried out by the patient on his own responsibility. A partial or total refund does not affect the amount of the agreed fee owed.

### **§ 3 Gesundheitszustand / Unmöglichkeit der Leistungserbringung**

Der Patient hat die Praxis und die involvierten Personen wahrheitsgemäß und vollumfänglich, zutreffend und aktuell über alle Faktoren zu informieren, die seinen körperlichen und geistigen Zustand betreffen, sowie über seine Lebensumstände und andere Behandlungen / Beratungen. Im Falle falscher, verschwiegener oder unvollständiger Angaben oder bei Nichtbefolgung von Anweisungen kann eine angemessene Leistung durch die Praxis nicht erfolgen oder sich der Zustand des Patienten verschlechtern. Soweit zulässig, ist die Praxis von der Verantwortung für die sich hierdurch ergebende Verschlechterung des Gesundheitszustands und Nebenfolgen freigestellt.

### **§ 3 State of Health / Impossibility of Service Provision**

The patient must truthfully and fully inform the practice and the persons involved of all factors concerning his physical and mental condition, as well as his circumstances and other treatments / counseling. In the case of false, secretive or incomplete information or failure to follow instructions, adequate practice performance may not be achieved or the condition of the patient may deteriorate. To the extent permitted, the practice is exempted from responsibility for the resulting deterioration in health and side-effects.

### **§ 4 Datenschutz**

#### **Informationen zur Speicherung und zum Umgang personenbezogener Daten**

Die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Vertragsdaten, sämtlichen mit diesem Vertrag in Zusammenhang stehenden Daten und Vereinbarungen, wie auch Daten zur Diagnose und Behandlung findet auf Basis der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) statt.

Ihre Daten werden für die Dauer von 10 Jahren nach Ende der vertraglichen Beziehung gespeichert. Eine vorzeitige Löschung von personenbezogenen Daten ist nicht möglich, wenn eine gesetzlich verpflichtende Aufbewahrungs- oder Dokumentationspflicht dem gegenübersteht.

#### **Informationen über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten**

Name, Geburtsdatum und Anschrift werden für eine eindeutige Patientenzuordnung zur Rechnungsstellung und zur Kontaktaufnahme verwendet. Telefondaten und Emailadresse werden zur einfachen und schnellen Kommunikation, Rechnungsversendung, Terminplanung und Kontaktaufnahme verwendet. Informationen zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte und Medikamenten dienen der Vermeidung von möglicherweise bestehenden Risiken im Laufe der Behandlung. Kontodaten von Ihnen können, je nach Zahlungsweise, durch eine von Ihnen veranlasste Zahlung übermittelt werden. Aktiv Kontodaten von Ihnen erheben, werden wir nur dann, wenn es nötig ist, um Ihnen einen Geldbetrag aus- oder zurückzuzahlen.

Alle oben genannten personenbezogenen Daten, wie auch die Inhalte Ihrer Patientenakte unterliegen der Schweigepflicht.

#### ***Hinweis zur Schweigepflicht:***

***Die Praxis unterliegt der Schweigepflicht. Eine Auskunftserteilung an familiäre Bezugspersonen, Kostenträger oder andere Dritte ist nicht möglich ohne eine eigene schriftliche Einverständniserklärung des Patienten.***

#### **§ 4 Privacy**

##### **Information about the Storage and Handling of Personal Data**

The collection, storage and processing of your personal data, contract data, all data and agreements related to this contract, as well as data for diagnosis and treatment takes place on the basis of the European General Data Protection Regulation (GDPR).

Your data will be stored for 10 years after the end of the contractual relationship. A premature deletion of personal data is not possible if a legally binding storage or documentation obliges to the opposite.

##### **Information about the Personal Data Collected about You**

Name, date of birth and address are used for unique patient assignment, for billing and contacting. Phone data and email address are used for easy and fast communication, billing, scheduling and contacting. Information about your medical history and medication helps to avoid potential risks during the course of treatment. Details of your account, depending on the method of payment, can be transmitted through a payment made by you. We will only actively collect account information from you if necessary to pay or repay you a sum of money.

All personal data mentioned above as well as the contents of your patient file are subject to confidentiality.

##### ***Note on confidentiality:***

***The practice is subject to secrecy. It is not possible to provide information to family caregivers, payers or other third parties without the patient's own written consent.***

#### **§ 5 Vertragssprache**

Vertragssprache ist Deutsch und Englisch.

#### **§ 5 Contract Language**

Contract language is German and English.

#### **§ 6 Erfüllungsort und Gerichtsstand**

Als Erfüllungsort gilt vereinbart Kaiserslautern, Gerichtsstand ist, soweit gesetzlich zulässig das Amtsgericht Kaiserslautern.

#### **§ 6 Place of Fulfillment and Place of Jurisdiction**

The place of fulfillment is agreed Kaiserslautern, jurisdiction is, as far as permitted by law, the district court of Kaiserslautern.

**§ 7 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist. Beide Parteien haben eine Ausfertigung des Vertrages erhalten.

**§ 7 Severability clause**

Should individual provisions of this contract be ineffective or impracticable or become ineffective or unenforceable after conclusion of the contract, the validity of the remainder of the rest remains unaffected. The ineffective or unenforceable provision shall be replaced by the effective and enforceable provision whose effects come closest to the economic purpose pursued by the contracting parties with the invalid or unenforceable provision. The above provisions shall apply mutatis mutandis in the event that the contract proves to be incomplete. Both parties have received a copy of the contract.

**Einverständniserklärung**

Dieser Behandlungsvertrag wurde von mir vor Behandlungsbeginn unterzeichnet.  
Eine Abschrift hiervon habe ich erhalten.

**Declaration of consent**

This treatment contract has been signed by me before starting the treatment.  
I have received a copy of it.



---

Ort und Datum / Place and date

---

Stefan Fiebig

---

Unterschrift / Signature

